

## Miért nincs (soha) elég pénz az egészségügyre?

Prof. Dr. Forgács Iván

Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar

Az orvosilag lehetséges, a társadalmi igény és a gazdaságilag megengedhető dilemmája eskalálódott. Az egészségügy költségei gyorsabban emelkedtek, mint a GDP, a globalizáció ellenére a különbségek nőttek. A társadalmi jól-lét az életkort, de a betegségek terhet is növelte. A társadalombiztosítási rendszerben a fogyasztó nem érdekelt a takarékoságban, a szolgáltatónak érdeke a fogyasztás növelése, a költségcsökkentés politikai kockázat. A fogyasztó, szolgáltató, beszállítók, finanszírozó, állam érdekellentétei feloldhatatlanok. Minél szegényebb egy ország (társadalmi réteg) annál nagyobb a betegségek terhe, és annál kevesebbet tud egészségügyre költeni.

Why is money never enough for the health care? The dilemma around medical possibilities, social requirements and financial resources escalated in the 21st century. The health care costs are increasing faster than the GDP. Despite of the globalization, the gap among the countries is increasing. With the better social welfare the average life expectancy, as well as the burden of diseases became higher. In the social-insurance (Bismarck, Beveridge) systems the consumer is not interested in the cost savings, the health care providers are interested in increasing their provisions, the state in the cost containment, which is a political risk. The interests of costumers, providers, social-insurance and state are essentially different. The poorer a country, the greater is the burden of diseases and lower is the health expenditure.

### BEVEZETÉS

A 21. századra nyilvánvalóvá vált, hogy még a gazdaságilag legtehetősebb országok (pl. USA, Norvégia) sem képesek a korszerű egészségügyi ellátás szakmai és lakossági igényeit teljeskörűen biztosítani. Ez azzal a dilemmával magyarázható, hogy az orvostudomány diagnosztikus és terápiás fejlődése szinte korlátlan, a hozzáférhetőség esélyegyenlősége az Európai Unióban politikai alapkövetelmény, miközben a gazdasági lehetőségek stagnálnak, de inkább csökkennek. A szegény országokat (minket is) ezen kívül sújtja, hogy minél szegényebb az ország, annál nagyobb a betegségek terhe, és annál kevesebbet képesek egészségügyre költeni, viszont annál nagyobb gazdasági, politikai, szakmai kockázattal jár a költségek csökkentésére, vagy a bevételek növelésére irányuló bármilyen reform bevezetése. Dolgozatomban azokat a tényezőket vázolom, amelyek

az egészségügyi ellátó rendszert nem teszik alkalmassá, hogy a szolgáltatók és fogyasztók igényeit kielégítse.

### MÓDSZER

Másodlagos adatelemezés keretében felhasználom korábbi saját (publikált) munkáimat, a hazai és nemzetközi (elsősorban WHO, OECD) adatbázisokat, a témában releváns hazai és nemzetközi szakfolyóiratok, valamint a nemzetközi sajtó cikkeit.

### EREDMÉNYEK ÉS MEGBESZÉLÉS

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1946-ban elfogadott Alkotmánya [1] kimondta, hogy a kormányok felelősek állampolgáraik egészségért. Ennek a XX. századtól legelterjedtebb módja a szolidaritáson alapuló társadalom- (egészség-) biztosítás. Az egészségügy végeredményben négy szereplős játszma, amelyben mindegyik szereplő ellenérdekelt és vesztesnek érzi magát. A szereplők: fogyasztó (beteg), szolgáltató (közvetlen és közvetett), finanszírozó és/vagy az állam.

#### Az állam

A XIX. század végén Bismarck német kancellár bevezette a szolidaritáson alapuló betegségbiztosítást, amelynek alapelve, hogy a kassa tagjai jövedelmük arányában fizetik a járulékot, és szükségleteik szerint részesültek a járadékban. Ebben az időben az orvosi technológia lassabban fejlődött, mint a nemzeti és az egyéni jövedelem, így a betegbiztosító kasszáknál nem merültek fel likviditási gondok, de a gyógyítás szabadságának korlátozása már jelentkezett, és a biztosító orvosának döntési szabadságát a kassa előírásai korlátozták, ami az elmúlt száz év alatt csak fokozódott. Nagy-Britanniában a II. Világháború után, (1948) Beveridge koncepciója alapján vezették be az állampolgári jogon járó hozzáférhetőséget, esélyegyenlőséget és megfelelő minőséget biztosító egészségügyi ellátó rendszert, amelynek költségeit adókból fedezik. Ennek az ellátási formának az alapját a háziorvosi (general practitioner) hálózat képezte, amellyel a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service) szerződéses kapcsolatban állt, szemben a kórházi hálózattal, amely a rendszer bevezetésekor állami tulajdonba került. Az 1. táblázatban látható, hogy ez a rendszer még napjainkban is olcsóbb a minőségileg hasonló (pl. osztrák, holland) egészségügyi szolgáltatónál.

Ország	GDP US\$ /fő/év	Kormányzati kiadások a GDP %-ban	Egészségügyi kiadások a GDP %-ban	Egészségügyi kiadások US\$/fő/év	Születéskor várható átlag élettartam/év
EU 2004 előtt felvettek átlaga	40401,9	50,87	10,6	4282	81,24
Ausztria	49707,1	52,54	10,98	5458	81,3
Finnország	49391,3	55,3	8,96	4425	80,76
Hollandia	50087,3	51,2	11,92	5970	81,15
Portugália	22329,8	51,36	11	2456	80,9
Egyesült Királyság	38817,9	50,44	9,64	3742	80,78
EU 2004-től felvettek átlaga	13314	43,63	7,11	947	75,78
Magyarország	14043,7	49,46	7,34	1031	75,15
Csehország	20407,3	44,12	7,88	1608	78,06
Horvátország	14488	37,32	7,76	1124	77,26
Lengyelország	13462,8	45,38	7,46	1004	76,58
Szlovákia	17646	40	8,8	1553	75,66

## 1. táblázat

A GDP, kormányzati és egészségügyi kiadások az EU néhány országában.

(WHO HFA DB. 2013. januárban legfrissebb adatai alapján.)

A XX. század utolsó harmadától az egységnyi egészség ára egyre drágább lett, nőtt az állandó kezelésre szoruló krónikus betegek száma és ezzel a betegségek terhe (burden of diseases). Az egyes országok egészségpolitikájának középpontjába az egészségügyi kiadások visszafogása került. Az állampolgárai egészségért felelős állam legsúlyosabb egészségpolitikai dilemmája, hogy fokozódó társadalmi nyomás hatására hogyan biztosítsa állampolgárai számára az egészségügy korlátozott anyagi eszközeiből az orvosilag maximálisan lehetségest, vergődve az élet ára és a gazdaságilag megengedhető örök problémája között. Ennek ellenére Európában nem merül fel komoly formában a szolidaritás alapú biztosítás primátusának megkérdőjelezése, de a kiegészítő jellegű magánérős betegbiztosítás arányának növelése az egészségügyi reformok gyakori szereplője.

A kockázatkezelésen alapuló betegségbiztosítás számos előnye mellett csökkenti az állampolgárok hozzáférhetőségét és esélyegyenlőségét. Samuelson [2] szerint „ilyen körülmények között közbeléphet a kormányzat, és kibővítheti a biztosított alanyok körét. A kormányzat nagy pénzügyi tartalékai, plusz az a képessége, hogy a biztosított alanyok körének általánossá bővítése révén el tudja kerülni a kiválasztási elfogultságot, jólétfokozó eszközzé teheti a kormányzati biztosítást”. Napjainkban ez történik az Egyesült Államokban, ahol az „Obamacare” [3] néven elhíresült törvény a főleg állami finanszírozású Medicare és Medicaid mellett újabb, mintegy 50 millió emberre terjeszti ki a kötelező biztosítást.

Az egészségügy bevételeinek és kiadásainak fő meghatározója az ország bruttó hazai összterméke (GDP), akár a bismarcki, akár a beveridge-i rendszer szerint működik. Az egészségbiztosítás (valóságban betegségbiztosítás) bevételei, a jövedelemmel arányos járulékok, és/vagy adók végeredményben a GDP nagyságától függenek. Az 1. táblázat jól szemlélteti, az Európai Unió 2004 előtt és 2004 után felvett tagországai GDP-je közötti jelentős különbségeket. A GDP %-ában kifejezett kormányzati és egészségügyi kiadások kisebb mértékben különböznek, de abszolút értékben ez jelentős különbséget okoz az egészségügy számára rendelkezésre álló forrásokban. Az 1. táblázat adataiból számított,

vásárlóerővel nem korrigált teljes egészségügyi kiadás Ausztriában 5.3-szorosa a hazainak. A különbség 3-szorosra csökken, ha az egészségügyi kiadásokat vásárló erőre számítjuk (4388, illetve 1469 US\$), de az egészségügy igen magas import szükséglete miatt az abszolút értéken számított kiadások jobban közelítik a valóságot. Az egészségügyi kiadások széles skáláját jól jellemzi, hogy az Unió kívüli Norvégia 98 102 US\$/fő/év GDP-je mellett egészségügyi összkiadása 9300 US\$/fő/év, míg Tádzsikisztánban csupán 56 US\$ jut egy fő évi egészségügyi ellátására. Ez természetesen az esélyek egyenlőtlenségét is jelenti.

Az EU 2004 után felvett országai a GDP százalékában kifejezve mintegy harmadával költenek kevesebbet egészségügyre a korábban felvetteknél. A „Visegrádi Négyek”-hez hasonlítva Magyarországon a viszonylag magas kormányzati kiadásokhoz relatíve alacsonyabb egészségügyi kiadás társul (1. táblázat).

Adott GDP mellett a politika játéktérre rendkívül szűk az egészségügyi költségvetés meghatározásában. Az országok közötti gazdasági (GDP) különbségek olyan nagyok, hogy még történelmi távlatban sem várható az egészségügy forrásainak nivellálása. A társadalombiztosítási rendszerben működő szegényebb országoknak három lehetősége van az ellátás színvonalának emelésére: a hozzáférés csökkentése, és/vagy a járulékok emelése, illetve a szolgáltatások árának csökkentése. Mindhárom megoldás súlyos szakmai és politikai kockázattal jár.

## A finanszírozó

A klasszikus bismarck-i rendszerben a finanszírozó (biztosító) gazdálkodása független az államtól, a beveridge-i rendszerben a finanszírozó maga az állam. A hazai rendszer a kettő egyvelege, mivel a járulékot nem fizetők (nyugdíjas, fiatalok, rokkant stb.) helyett az állam fizeti a járulékot, valamint fedezi a kassza költségvetési hiányát és teljes mértékben irányítja az OEP működését. Az Országgyűlés az Egészségbiztosítási Alap (EA) 2013. évi bevételi és kiadási főösszegét 1 804, 2739 milliárd forintban határozta meg [4], amely a korábbi évekkel egyezően az államháztartás tervezett költségvetésének mintegy 11%-12%-a.

A 2013. évre tervezett bevételi főösszeg 104 milliárd forinttal, 6%-kal több a 2012. évre tervezettnél. A bevételek 54%-át a központi költségvetés állja, amelybe beletartoznak a rokkantsági, rehabilitációs ellátások (349 milliárd Ft) és a járulékot nem fizetők helyett az államtól járulék címen átvett

Bevételi források	millió Ft
Biztosítottak járuléka	565 840,8
Egészségügyi hozzájárulás	113 791,0
Központi költségvetés	974 034,5
Gyógyszergyártók hozzájárulása	49 000,0
Egyéb járulékok és hozzájárulások	47 381,0

## 2. táblázat

A fontosabb tervezett bevételi források a 2013. évi EA költségvetésben

(2012. évi CCIV. törvény Magyarország 2013. évi központi költségvetéséről. Magyar Közlöny 172. (2012. december 18.)

376 milliárd forint is. A gyógyszer-gyártók és forgalmazók befizetéseit a Kormány előterjesztése 30 milliárd forintban határozta meg, amely végül a törvényben 49 milliárd forintra „hízott” (2. táblázat).

Az EA kiadási főösszegének harmadát kitevő pénzbeli ellátásokat (táppénz, terhességi-, gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj) a bruttó átlagkereset előző évi növekedése és a természetes mutatók várható változásai alapján számítják. Megkérdőjelezhető és nem indokolható, hogy a GYES, GYED miért tartozik az egészségbiztosítás kompetenciájába.

Az EA tervezett kiadásainak fele a gyógyító-megelőző ellátások fedezete (l. 3. táblázat). A tavalyi évhez képest a háziorvosi ellátás 7,5%-kal, az összevont szakellátás költségvetése alig 2%-kal emelkedett, amelyek inflációs korrekciók, minőségi változtatásra nem alkalmasak. Tekintve, hogy az OEP közvetlen felügyeletét az Egészségügyi Államtitkárság látja el, az évközi hiányok pótlása, illetve elvonások egyszerű „államigazgatási eljárás” keretében történnek.

Jogcím	Millió Ft.
Háziorvosi ellátás	86 943,3
Védőnői szolgáltatás	19 786,4
Fogászati ellátás:	23 336,9
Művekezelés:	23 171,1
Mentés:	26 000,0
Összevont szakellátás	630 441,0
Gyógyszertámogatás	220 981,0
céltartalék	49 000,0
Spec. gyógyszerintám.	10 000,0
Gyógy. segédeszköz	43 313,0

### 3. táblázat

**A gyógyító-megelőző ellátás 2013. évre tervezett kiadásainak főbb tételei.**

(2012. évi CCIV. törvény Magyarország 2013. évi központi költségvetéséről. Magyar Közlöny 172. (2012. december 18.))

A SemmelweisTerv [5] értékelése szerint „Az Egészségbiztosítási Alap gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadásai reálértéken számolva 250 milliárd forinttal maradnak el a 20 évvel ezelőtti, 1990-es szinttől, amely csak az akkori technológiai szinthez képesti elmaradást jelenti, és nem számol az azóta lezajlott fejlődéssel.” Sajnos az idei költségvetés sem tükrözi a régen és sokszor tervezett strukturális átalakításokat, amelyet a Semmelweis Terv 2010-ben megfogalmazott, hogy „a magyar egészségügyi rendszer központi teljesítményproblémája az erőforrás-allokáció és az ezzel összefüggő jövedelemelosztás torzulásaiból eredő hatékonysági deficit, amely egyúttal rontja a hozzáférést és az ellátás minőségét is”. A struktúra az elmúlt húsz évben nem sokat változott, bár a Semmelweis Terv a struktúra változás hatását már 2012-re tervezte és az új struktúrát kialakító országosan terjeszkedő intézményeket is meghatározta úgy, hogy a speciális országos központokba szervezett ellátásokat, valamint az állami fenntartású intézmények ellátásait az Állami Egészségügyi Szervezési Központ irányítja. Még nem derült ki, hogy ezek az újabb állami hivatalok hogyan befolyásolják az ellátás színvonalát.

## A szolgáltató

A magyar egészségügy szereplői között a szolgáltató János arcú, megpróbál többet kiszedni a finanszírozótól és spórolni a betegeken. Természetesen a szolgáltatókhoz nem csak a közvetlen egészségügyi ellátást nyújtó intézmények, hanem a gyógyszer és műszer ellátást, valamint a logisztikát biztosító szervezetek is tartoznak.

Az állami tulajdonú járó- és fekvőbeteg ellátó intézmények gazdálkodásának alapvető ellentmondása, hogy fix fizetési közalkalmazotti munkaerővel „kvázi kapitalista” módon gazdálkodnak úgy, hogy működési költségeket az OEP a piaci viszonyokat nem tükröző teljesítmény alapú (német pont, HBCS) utólagos finanszírozásával biztosítja, miközben a működéshez szükséges anyagokat, szolgáltatásokat a szabad piacról szerzik be. Az egészségügyi intézmény a rendszer másik három partnerének is kiszolgáltató: a betegnek, mivel a betegforgalom alig tervezhető és a case-mix index csak bizonyos manőverekkel tudja kompenzálni a deficitet; a finanszírozónak, mivel korlátozza a teljesítményvolumen és utólag szabályozza az egységnyi teljesítményre jutó kifizetést. Az államnak, mivel a Semmelweis Terv szerint „Az intézményrendszer humán erőforrás szükségletének, jogkörének és az egészségügyi ellátórendszerben jelenlévő szereplőkkel való viszonyának meghatározása az egészségügyi kormányzat feladata”. Mindezek természetes következménye az intézmények eladósodása, csőd közelsége. Az etatizmus bizonytalan biztonsága torzítja a tervszerű piaczgazdálkodást, mivel az állam utolsó pillanatban úgyis kimenti [6] (bail out) az intézményt, legfeljebb bukkik a menedzsment.

A magyar egészségügy legsúlyosabb problémája az országos és nemzetközi összehasonlításban is alacsony bérezés, ami a fokozódó migráció miatt az utóbbi években már az ellátást veszélyeztető létszámlétszámhiányt okozott [7]. A 4. táblázatban a külföldi orvosi munkavállalás leggyakoribb négy célországában az átlag kórházi-orvosi fizetések alsó-felső értékeit a FEMS (Európai Orvosi Társaságok Szövetsége) 2011. évi adatbázisa alapján abszolút értékben és vásárlóerőre számítva euró/hóban tüntettem fel. Vásárlóérték paritáson összehasonlítva, a kórházi orvosi bérek alsó-felső átlagai Németországban 3,9–4,5; Egyesült Királyságban 4,2–2,0; Svédországban 4,5–2,8; Írországban 6,5–6,4-szer magasabbak a hazainál. A nem vásárlóértéken számolt bérek még jelentősebben különböznek. Érdekes megemlíteni-

Ország	GDP év/fő US\$	Eü.kiad. év/fő US\$	Orvosi bér max/min. Euro/hó	Orvosi bér vásárlóerőn max/min. Euro/hó	Orvos szám 100000 lakosra	Kiadott orvosi diploma/év 100000 lakosra
Magyarország	14043	1031	1061/475	1798/805	286	10,4
Németország	43689	5068	7468/3842	7112/3659	373	12,3
Egyesült Királyság	38818	3742	9724/2180	7423/1664	276	9,3
Svédország	56927	5465	7742/2190	8065/2281	380	10,6
Írország	48423	4455	n.a.	11737/5189	327	17,6

### 4. táblázat

**A legkeresettebb célországok egészségügyi és bér viszonyai (WHO-HFA és a FEMS 2011. évi adatai alapján.)**

ni, hogy a jelentős bérkülönbségek ellenére az orvos-szám és – Írország kivételével – az orvosképzés létszáma közötti különbségek is elhanyagolhatók (4. táblázat).

Moynihan [8] ausztrál egészségügyi szakíró a 2000-es évek elején feltehetően az állam egészségügyi kiadásainak csökkentése érdekében bevezette a „disease mongering” fogalmát. Az angol „mongering” kifejezés a kereskedés pejoratív kicsengése, „seftelésnek” lehetne fordítani. Az egészségügyben a diagnosztika és terápia indokolatlan kiterjesztését (de ki tudja, hogy hol az indokoltság határa!), az orvosok és betegek körében a gyógyszerpiac üzleti érdekek alapján való kiterjesztését, bizonyos devianciák medikalizálását jelenti. A szolgáltatók teljesítményfokozó manővereinek a finanszírozó „ellenmanőverei” (pl. TVK) szabnak határt.

### A fogyasztó

A társadalombiztosítás lényege, hogy a biztosított számára a szolgáltatótól megvásárolja az általa szükségesnek ítélt ellátást, amely ritkán felel meg a beteg igényeinek, ezért a beteg különböző legális és illegális úton igyekszik érvényesíteni igényeit. A biztosított érdeke, hogy kevesebb járuléktól több és jobb pénzbeli és természetbeni ellátást kapjon. Magyarországon alig több mint a lakosság harmada fizet járulékot, de a teljes lakosság élvezi – valamilyen jogosultság alapján – a természetbeni ellátást. Az esetenként igen magas járulékot fizetők számára nehezen elviselhető, hogy ugyanolyan ellátást kapnak, mint a járulékot sohasem fizető polgártársaik. Ezt az anomáliát a német társadalombiztosítási rendszer úgy kompenzálja, hogy a felső jövedelmi decilisbe tartozók nem is vehetik igénybe a szolidaritás alapú biztosítást. Tekintve, hogy az Egészségügyi Alap bevételeinek több mint a felét az állami költségvetés fedezi (2. táblázat), tisztább és talán igazságosabb is lenne a Beveridge típusú rendszer bevezetése.

Minél alacsonyabb egy ország egészségügyi költségvetése, annál magasabb a lakosság zsebből fizetésének aránya. Nálunk az egészségügyi összkiadások mintegy harmadát a közvetlen, „zsebből való” legális kifizetések biztosítják. Ennek ellenére a betegek nem érzik, hogy ez a többletkiadás számukra valami előnyt jelent és ezért azt illegális módon próbálják megszerezni.

### Miért nincs és nem lesz soha elég pénz az egészségügyben?

- Az orvosi technológia és költségei gyorsabban nőnek, mint a GDP.
- A jobb életkörülmények és az orvosi technológia következtében nő az átlagos élettartam, amelyet nem követ arányosan a betegségtől mentes életevek száma, tehát a társadalomban emelkedik az idősek (inaktív) aránya és nőnek ellátási költségeik.
- A globalizáció és informatika hatására az igények is globalizálódnak, ugyanakkor a GDP különbségei egyre nagyobbak.

- Az egészségügyi ellátás a politika fontos eszközévé vált. Különösen a szegényebb országokban fokozódik a társadalmi nyomás az igények kielégítésére. A választási ciklusokban politizáló kormányok a ciklus alatt realizálható látványos fejlesztéseket (új kórház, több ágy) preferálják.
- Az egészségügyi ipar érdeke a profitkényszer miatt a krónikus betegek életének meghosszabbítása és életminőségük javítása, de nem teljes gyógyulásuk biztosítása. Így változatlan incidencia mellett az egyes krónikus betegségek prevalenciája gyorsan emelkedik, növelve az ellátás költségeit.
- A fejlett technológia ugyan javítja a szekunder prevenció (szűrések) eredményeit, de ezek költségei emelkednek és „cost/benefit” hatásuk egyre gyakrabban megkérdőjeleződik, illetve csupán bizonyos csoportokra tartják indokoltnak (pl. mammográfia, PSA, tüdőszűrés). Elterjedt tévhit, hogy a primer prevenció olcsó, valójában a legköltségesebb, és hatása csak igen hosszú idő alatt realizálódik.
- Az ellátó rendszer partnerei között nincs prudens érdek egyeztetés, csupán a saját kiadásainak a többiek rovására történő növelését akarják elérni. A jelenlegi struktúrában ennek megváltozása a jövőben sem remélhető.

### EPILÓGUS

A XIX. század végén, a XX. század első felében az egészségügyi ellátás elsősorban a fertőző betegségek és az akut esetek kezelésére szorítkozott, a társadalombiztosítás költségeit a kockázatközösség tudta fedezni. A XX. század második felére (nálunk a végére) az egészségügyi szolgáltatás profit és fogyasztás orientált lett. A fogyasztás és a profit növelése céljából a teljes körű minőségmenedzsment (total quality management) a minőséget arra a szintre fejleszti, amit a fogyasztó még el sem képzel (pl. új szolgáltatások). Az egészségügyi szolgáltatás specialitása, hogy annak egészét, vagy jelentős részét a biztosító fizeti, és a szolgáltató maga rendeli el, a fogyasztó költségérzékenysége csupán az általa térített hányadra vonatkozik. Ez a rendszer az kockázat (üzleti) alapú biztosításnál a díjak állandó emeléséhez, a szolidaritás alapú rendszerekben pedig az állam részéről állandó megszorításokhoz és/vagy kimentéshez, a kasszájánál pénzhányhoz, a szolgáltatóknál adósság spirálhoz, a fogyasztónál elégedetlenséghez vezet.

A szolidaritás alapú egészségbiztosítás költségcsökkentő törekvése és a fogyasztás serkentése két ellentétes tendencia. Mindezek ellenére a szolidaritás alapú egészségügyi ellátás nem omlik össze és fenntartása egy jobban menedzselhető struktúrában továbbra is indokolt. Európai színvonalának megőrzése a rosszul fizetett egészségügyi dolgozók érdeme.

**Köszönetnyilvánítás:** Közgazdasági tanácsaiért köszönet illeti Ray Olga okl. közgazdát.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] WHO Basic Documents Geneva. 1985, p:1.
- [2] Samuelson, P. A., Nordhaus, W.D.: Közgazdaságtan. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1997. p.709.
- [3] Baker, P: Democrats Embrace Once Pejorative 'Obamacare' Tag, NewYork Times 2012. August 3,
- [4] 2012. évi CCIV. törvény Magyarország 2013. évi központi költségvetéséről. Magyar Közlöny 172. (2012. december 18.)
- [5] Semmelweis terv 2011. (online)
- [6] Kornai J.: Az egészségügy reformjáról. Közgazdaságtan. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1998.
- [7] Forgács I.: ...és kitántogott Amerikába, Dental Hírek 2013.17/3. 8-10.
- [8] Moynihan R, Heath I, Henry, D: Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease-mongering, BMJ 2002. 324: 886–891.

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Forgács Iván** orvos, professzor emeritus. Klinikai laboratórium, megelőzési orvostan és népegészségtan szakvizsgával rendelkezik. 1957-76 között a Semmelweis Orvostudományi Egyetem (SOTE) Élettani Intézet tanársegédje, adjunktusa, majd docense. 1979-82 között a SOTE Oktatókutatási és Oktatástechnikai Csoportjának vezetője, egyetemi tanár. 1976-82 között az Egészségügyi Minisztérium felsőoktatási főosztályvezető helyettese. 1982-2002 között az Orvostovábbképző Egyetemen és annak jogutódainál tevékenykedett a Társadalomorvostani (Orvosi Népegészségtani) Intézet igazgatójaként, oktatási rektorhelyettesként és rektorként. 2002-03 között a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán egyetemi tanár.

1996-2003 között a Szentgyörgyi Albert Orvostudományi Egyetem Népegészségtani Intézetének egyetemi tanár, megbízott igazgatója (1996-98), 1995-2011 között a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola, modulvezető tanára.

Szakmai-társadalmi tevékenysége: betöltötte a Társadalom-orvostudományi Szakmai Kollégium elnöki posztját,

tagja volt a Megelőző-orvostani és Népegészségügyi Szakmai Kollégiumnak, az Egészségügyi Tudományos Tanács elnökségének és elnöke az ETT Felsőoktatási Bizottságának. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Végrehajtó Tanácsának tagja (1984-87), az ASPHER elnöke, a FICOSSER alelnöke, a Magyar Orvosképzési Társaság elnöke, a Népegészségügyi Tudományos Társaság alelnöke, elnökségi tagja, a Magyar Életbiztosítási Orvostani Társaság vezetőségi tagja. A J. of Health Policy, European Journal of Public Health, J. of Health Management, (London), a Lege Artis Medicinae szerkesztőbizottsági tagja.

Jelenleg a Magyar Tudományos Akadémia, Megelőző Orvostudományi Bizottságának tagja. Az Orvosi Hetilap, Élet és Tudomány szerkesztőbizottsága, ill. tanácsadó testületének tagja.

Tudományos tevékenysége 1955-1976 között a veseműködés szabályozására, 1974-1986 között az orvosképzésre, egészségügyi munkaerő tervezésre irányult. 1987-2013 között az egészségpolitikai döntéshozatallal, az egészségi állapot és egészségügyi ellátó rendszer összefüggéseivel, finanszírozással, egészségbiztosítással foglalkozott. Mintegy 165 hazai és külföldi eredeti közlemény (IF: 42,49), több külföldi és hazai szakkönyv és tankönyv fejezet, két önálló könyv szerzője.

IME

## II. IME Országos Infekciókontroll Továbbképzés és Konferencia

Időpont: 2013. október 16-17.

Helyszín: Best Western Hotel Hungaria  
(1074 Budapest, Rákóczi út 90.)